Oesterreichische medicinische Wochenschrift.

(*Ergänzungsblatt der medicin. Jahrbücher des k. k. österr. Staates.*)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v. Raimann. — Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.

No. 21. **Wien, den 23. Mai.** **1846.**

1.

Original-Mittheilung.

Zur Anatomie des Gehörorganes doppelleibiger Missgeburten.

Von Dr. Carl Langer, Prosector an der Wiener Universität.

Nicht unbenützt liess ich die Gelegenheit, zwei Schädel solcher einköpfiger Doppelmissgeburten zu untersuchen, bei denen vier Schläfeknochen an der Bildung der einfachen Schädelhöhle Antheil nahmen. In den zwei hinteren, zwischen den beiden Hinterhauptsbeinen eingekeilten Felsenknochen beobachtete ich Abnormitäten des Labyrinthes, die, theilweise reine Bildungshemmungen, für die Entwicklungsgeschichte von Interesse, und der Seltenheit des Befundes willen mittheilenswerth sind.

Beide Fälle betrafen eine hintere Duplicität des Schädels mit vorderem Verwachsensein. Die imaginären geraden Axen der beiden Schädel convergiren nach vorne, so dass bei einfachem Gesichte zwei Hinterhauptknochen entwickelt sind. Im Keilbeine ist die Endmarke der Duplicität; es erweist sich bei einfach gebildeten Seitentheilen desselben noch der Körper des hinteren Keilbeines durch Ausbildung zweier Sattellehnen doppelt. Die vorderen und mittleren Schädelgruben sind demnach einfach, die hintere doppelt. Die beiden Hinterhauptbeine schliessen zwei mehr oder weniger ausgebildete Schläfeknochen zwischen sich. Von diesen hinteren (inneren) Schläfeknochen sind nur die Pyramidentheile vorhanden, und diese je nach dem Grade der Verschmelzung (Duplicität) bald mehr bald weniger durch die Enge des Raumes in ihrem Wachsthume gehindert; der eingeschlossene Inhalt, das Labyrinth, konnte dem gemäss seine vollständige Entwicklung gleichfalls nicht erreichen.

In beiden Fällen mangelte der äussere Bezirk des Gehörorganes gänzlich, der mittlere gleichfalls in einem Falle, während er in dem anderen, wo beide Pyramiden nicht so bedeutend eingeengt waren, doch rudimentär sich vorgefunden. Die Verbildungen des Labyrinthes waren demnach in diesem Falle auch geringer, und beide Pyramiden konnten nach Entfernung der Weichtheile von einander gelöst werden, indess sie im ersteren Falle zu einem Knochenstücke verschmolzen.

Erster Fall. Die Duplicität des Hinterkopfes ist vollkommen, der Zwischenraum beider Hinterhauptbeine grösser, so zwar, dass selbe zwischen ihren Schuppen einen Intercalar-Knochen fassen. Die Pyramidenknochen mit ihren Paukenflächen innig aneinander liegend, weniger nach vorne, stärker nach hinten, zeigen an der Schädelhöhlenfläche den innern Gehörgang und die Ausmündung der Vorhofswasserleitung normgemäss entwickelt; an der Unterfläche begränzen die sogenannten *Partes mastoideae* eine ovale Öffnung, die durch

ein halb eiförmiges Knöchelchen, dem Rudimente beiderseitiger Gehörknöchelchen, verschlossen ist. Vor dieser Öffnung erhebt sich ein knorpliger Fortsatz, der durch die Muskelansätze und seine Lage an dem Ausgange des hier nur als Halbcanal angedeuteten Fallopischen Ganges als ***Processus styloideus*** zu deuten ist. Als Rudiment einer gemeinsamen Paukenhöhle ist die Grube zu betrachten, die das erwähnte Rudiment der Gehörknöchelchen einschliesst. Diess Andeutungen der mittleren Sphäre beider hier coalirten Gehörorgane. — Vervollständiget wird diese Gruppe von Organen noch durch eine Grube an der hinteren Wand der gemeinschaftlichen Rachenhöhle, der Andeutung einer ***Tuba Eustachii.***

Wie bereits erwähnt, liessen sich nach Entfernung der Weichtheile beide Pyramiden von einander ablösen; es sind demnach zwei Labyrinthe vorhanden. Da beide gleichartig und gleichgradig missgestaltet sich bei näherer Untersuchung zeigten, so hat nachstehende Beschreibung auf beide Bezug.

Die der Coalitions-Ebene anliegenden Theile des Labyrinthes, namentlich die Schnecke und der äussere Bogengang, weniger der obere Bogengang und der Vorhof, sind in die Verbildung hereingezogen; der hintere Bogengang blieb vollkommen normal.

Das *Foramen ovale* ist verschlossen, die Höhle des Vorhofes nach rückwärts erweitert, und übergeht unmittelbar in eine halbkugelig erhabene, äusserlich vollkommen abgeschlossene Blase, deren Lage zwischen dem hinteren und oberen Bogengange dieselbe als Rudiment des äusseren Bogenganges characterisirt.

Die Schnecke ist wie eingedrückt, so dass sie ihre Touren mehr in einander windet, als auf einander thürmt. Ihre Gesammtform gleicht daher mehr der Schale einer Planorbis als der einer Helix. Die Anzahl ihrer Windungen beschränkt sich auf eine und eine halbe. Das ***Foramen rotundum*** ist zwar offen, doch verengert; von ihm geht jederseits eine tiefe Rinne zur Unterfläche des Felsenknochen, wo die zwei Rinnen beider Labyrinthe in einer unregelmässigen Öffnung zusammenstossen. Diess dürften die noch nicht abgeschlossenen, vom *Foramen rotundum* abgeschnürten ***Aquaeductus cochleae*** sein. Bezüglich des inneren Baues der Schnecke ist zu bemerken, dass das knöcherne Spiralblatt bis in die halbe Windung reicht, und dort als ***Hamulus*** endigend das ***Helicotrema*** erzeugt. Die ***Lamina Valsalvae*** gleichfalls relativ normal. Da die Schneckenwindungen in einander, nicht übereinander gehen, so konnte es nicht zur Bildung eines ***Modiolus*** kommen.

Der innere Gehörgang ist an seiner Basis erweitert, in ihm die Schneckenwindungen deutlich ausgeprägt; der Fallopische Canal, normgemäss in ihm entspringend, öffnet sich zwischen den beiden Labyrinthen; der *N. facialis* verläuft über dem Vorhofe nach abwärts zum *Stylus*, wo er an der Schädelbasis hervortritt. Die Carotis ist nicht in den Knochen aufgenommen, wie es den früheren Embryonalstadien entspricht.

Vorliegende Missbildung, namentlich die der Schnecke, ist unter die reinen Bildungshemmungen einzureihen. Die Schnecke, die nach Rathke zuerst als Ausstülpung des primitiven Gehörbläschens auftritt, und in ihrer ferneren Entwicklung die normgemässe Anzahl der Windungen vollendet, zählt hier nur eine und eine halbe Windung, ein Stadium, das, wie ich mich zu überzeugen Gelegenheit hatte, dem Anfange des dritten Monates entspricht; aus dieser Zeit datirt sich demnach die Bildungshemmung der Schnecke, da sie der Enge des Raumes wegen keine ferneren Windungen eingehen konnte; doch früher schon wurde sie in ihrer normalen Entwicklung durch die Enge des Raumes darin beeinträchtiget, dass ihre Windungen ineinandergehend entstanden.

Da nach Günther's neueren Untersuchungen die Ausstülpung des Vorhofes in zwei Bläschen zerfällt, deren eines (das innere) in den ***Modiolus*** übergeht, das andere (äussere) aber für die Bildung des Gehäuses bestimmt ist, so ist anzunehmen, dass das Modiolussäckchen, als Fortsetzung des Gehörbläschens und des Gehörnervens hier seine Selbstständigkeit als Modiolus nicht erlangte, und mit dem inneren sehr erweiterten Gehörgange vereiniget blieb. Die beiden Einsenkungen des äusseren Bläschens schlossen bereits nach gemachten anderthalb Windungen das Schneckenrohr ab.

Auch die Beschaffenheit der Schneckenwasserleitung erweist sich als Bildungshemmung; sie ist vom ***Foramen rotundum*** noch nicht geschieden, beide sind früher eins, und später erst wird die Schneckenvene (Hyrtl) in die Knochenmasse des Felsenbeines aufgenommen, in einen besonderen Canal eingeschlossen, und so von dem ***Foramen rotundum*** abgegränzt; eine Bildung, die ihre

Analogie in der Entstehung des carotischen und Fallopischen Canals findet, wo die Carotis und der *N. facialis* erst mit fortschreitendem Entwicklungsgange mit Knochen umgeben, und die sie anfänglich beherbergenden Rinnen später erst in wahre Knochencanäle umgewandelt werden.

Fig. 1. 2. 3. sind Darstellungen der Schläfenbeine und des Labyrinthes der unter Nr. 1. beschriebenen Missgeburt.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

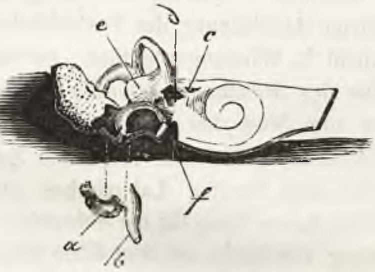


Fig. 1. gibt die Ansicht der beiden Pyramiden von oben und von der Seite.

Fig. 2. ist die Ansicht derselben von unten.

a) Das Rudiment der Gehörknöchelchen,
b) der *Processus styloideus,*
c) Ausmündung beider *Aquaeductus cochleae.*

Fig. 3. Rechtes Labyrinth der linken Frucht, die plattgedrückte Schnecke macht nur eine und eine halbe Windung.

a) Rudiment der Gehörknöchelchen und
b) der *Processus styloideus* von der Seite und parallel ihrer ursprünglichen Lagerung gezeichnet.
c) *Canalis Fallopiae,*
d) der Vorhof aufgebrochen,
e) Rudiment des äusseren Bogenganges,
f) *Foramen rotundum.*

Zweiter Fall. Dieser betrifft ein doppelleibiges Monstrum, dessen knöcherner Schädel auf gleiche Weise gebaut ist, wie der im vorhergehenden Falle, mit dem Unterschiede, dass der zwischen beiden Hinterhauptknochen befindliche Raum viel enger gewesen, die Missbildung der

beiden eingeengten Knochen und ihrer Labyrinthe demnach hochgradig sich vorfand.

Die beiden Pyramiden sind im vorliegenden Falle dichter an einander gelagert, so zwar, dass sie zu einem Knochen verschmolzen sind. Von der mittleren Sphäre des Gehörorganes ist daher keine Spur mehr vorhanden.

An diesem durch Coalition beider Labyrinthknochen entstandenen Beine ist die die beiden Pyramiden scheidende Gränze doch noch zu erkennen; man bemerkt schon oberflächlich, dass die der rechten Frucht angehörige weniger entwickelt ist, da der vordere Theil derselben, der die Schnecke einschliessen sollte, fehlt, und nur noch durch einen knöchernen Splitter angedeutet wird; der innere Gehörgang ist als eine nach aufwärts offene Rinne kenntlich. Ferner liegen beide Labyrinthknochen nicht einander symmetrisch, sind vielmehr verschoben, und der der rechten Frucht entsprechende mehr rückwärts gelagert. Beiderseits ist der ***Aquaeductus vestibuli*** wahrzunehmen. Die nähere Untersuchung dieses Knochens zeigt in beiden in ihm eingeschlossenen Labyrinthen verschiedene Missbildungen. Wie die Pyramide, so ist auch das Labyrinth der linken Frucht vollständiger; Vorhof, Bogenröhren und Schnecke sind nachzuweisen, doch alle fehlerhaft gebildet.

Mangel des ***Foramen ovale***, grössere Weite sind die Bildungsabweichungen des Vorhofs, der sich namentlich gegen die Bogengänge stärker ausbuchtet. Von den Bogenröhren sind nur zwei vorhanden, die obere und die hintere, beide an der grössten Krümmung wie geknickt, ihre Schenkel genähert, besonders an der hinteren, wo sie einander parallel gelagert, wie auch nicht unbedeutend verlängert erscheinen. Von dem hinteren Bogengange sind die Enden beider Schenkel in den herwärts erweiterten Vorhof verschwommen, und von einander nur noch durch eine Knochenleiste geschieden, die in die Höhle des Vorhofs sieht. Der dritte Bogengang, der äussere, ist durch eine zerrissene Öffnung äusserlich angedeutet, an der Stelle, wo normal der Ampullenschenkel desselben gelagert ist. Diese Öffnung wird durch eine vorspringende Knochenleiste getheilt; durch die eine dem hinteren Bogengange zusehende Abtheilung gelangt eine eingeführte Borste unmittelbar in den Vorhof, durch die andere Abtheilung jedoch in eine Rinne, die längs der äusseren Wand des bis dahin erweiterten Vorhofes nach vorne bis unter die Ampulle des oberen Bogen-

ganges horizontal sich hinzieht. Die die Rinne begränzenden Knochenleisten sind nach vorne einander bis zum Verwachsen genähert; eine in die Rinne eingeführte Borste wird demnach festgehalten. Dass diese Rinne dem Bogengange selbst entspricht, ergibt ihre Lage.

Interessanter noch ist die Form der Schnecke. Dieselbe entspringt normal aus dem Vorhofe, besitzt an der gewöhnlichen Stelle das ***Foramen rotundum***, krümmt sich normgemäss nach rückwärts, doch nach vollendeter halber Tour wendet sie sich unter einem stumpfen Winkel nach rück- und aufwärts, wo sie, ohne vollkommen dreiviertel Windungen gemacht zu haben, endiget. An ihrem Ende hat sie der äusseren Wand entsprechend eine conische Erweiterung ihrer Höhle aufgesetzt, die als Spitze derselben, als eigentliches Ende angesehen werden kann. Es entspricht somit diese für den Menschen monströse Schnecke einer Bildung, die bei den Monotremen beobachtet wurde, und nähert sich somit jener Form, die bei den Vögeln mit ausgebildeteren Gehörwerkzeugen, namentlich den Eulen, vorkommt. Der innere Bau dieser Schnecke ist im Beginne normal. Sie besitzt eine ***Lamina spiralis***, die aber nach vollendeter halber Windung scharf abgeschnitten endigt, ohne einen ***Hamulus*** zu entwickeln.

Dieses hornartig gekrümmte Schneckenrudiment ist um das blinde, bedeutend erweiterte Ende des ***Meatus auditorius internus*** gewunden, ein ***Modiolus*** ist demnach nicht entwickelt. Der ***Aquaeductus vestibuli*** normal an dem gemeinschaftlichen Schenkel beider Bogenröhren; der der Schnecke wie im vorigen Falle mit dem ***Foramen rotundum*** vereiniget und nur durch einen Knochenvorsprung von demselben geschieden. Er mündet ebenfalls an der Unterfläche des Knochens.

Auf einer noch niedrigeren Stufe der Entwicklung steht das Labyrinth der rechten Frucht, das überdiess noch mehr pathologische Veränderungen des ursprünglichen Typus an sich trägt.

An dem Vorhofe fehlt gleichfalls das ***Foramen ovale***; von den Bogengängen ist keiner entwickelt, doch alle durch Ausstülpungen des Vorhofes angedeutet. Eine mehr als halbkugelige Bucht, die an der oberen Gegend des Vorhofes sich befindet, entspricht dem oberen Bogengange; eine ähnliche, doch mehr flache liegt an der Gehirnseite und ist Stellvertreter des hinteren Bogenganges; der äussere, gleichfalls mangelnd, ist durch einen hohlen conischen Zapfen angedeutet, der die hintere äussere Gegend des Vorhofes einnimmt. Wie im andern Labyrinthe, so geht auch hier von diesem Zapfen eine Rinne in das ***Vestibulum*** als Andeutung des nicht geschlossenen Bogenrohres.

An der vorderen Gegend des Vorhofes ragt ein conischer stumpfer Fortsatz hervor, der zweifelsohne als Schneckenrudiment zu deuten ist. Er geht unter dem nicht eingedachten inneren Gehörgang weg; am Ende ist derselbe durch eine Spalte geöffnet, die längs des unteren Randes eine Strecke weit zurück gegen den Vorhof sich fortsetzt. Auch diesem Labyrinthe mangelt der ***Aquaeductus vestibuli*** nicht; er liegt zwischen den beiden Ausstülpungen des Vorhofes, den Rudimenten des oberen und hinteren Bogenganges.

Die Abnormitäten beider eben betrachteten Labyrinthe sind einer doppelten Categorie einzureihen. Sie sind theils reine Bildungshemmungen, theils degenerirte Formen eines typischen Entwicklungsstadiums. Das Schneckenrudiment im Labyrinthe der linken Frucht ist eine Bildungshemmung; die röhrige Ausstülpung des Vorhofsäckchens hat noch nicht ³/₄ Windungen gethan, sie ist um den ***Fundus*** des ***Meatus auditorius internus***, des inneren zum ***Modiolus*** nicht entwickelten Schneckenbläschens, gekrümmt. Auch das Schneckenrudiment des zweiten Labyrinthes gleicht der primitiven Aussackung für die Schnecke. Über die Bedeutung der Spalte an dem Ende dieses Schneckenrudimentes ist schwer zu entscheiden, vielleicht hat die Vene durch sie ihren Lauf genommen.

In das Bereich der reinen Bildungshemmungen ist noch die Rinne zu ziehen, die in beiden Labyrinthen dem äusseren Bogengange entspricht, denn Rathke und Günther haben nachgewiesen, dass die Bogengänge aus einer Rinne hervorgehen, deren Lefzen sich schliessen, und dass die so zu einem Canal gewordene Rinne durch Ausbiegung die spätere Bogenkrümmung erlangt. Die Öffnung, durch welche beide Rinnen nach aussen zu communiciren, ist von einer durch die Enge des Raumes herbeigeführten Knickung abzuleiten, in Folge deren am Knickungswinkel keine Knochensubstanz abgelagert wurde.

Die blasigen Auftreibungen des Vorhofes als Andeutungen des oberen und hinteren Bogenganges in einem dieser Labyrinthe, und in beiden des vorhergehenden Falles erscheinen nicht mehr als Bildungshemmungen, sie sind vielmehr Ausdeh-

nungen der primitiven Rinne, demnach degenerirte Urformen der Bogenröhren.

Fig. 4. 5. 6. 7. dienen zur Erläuterung des zweiten Falles.

Fig. 4.



Fig. 5.

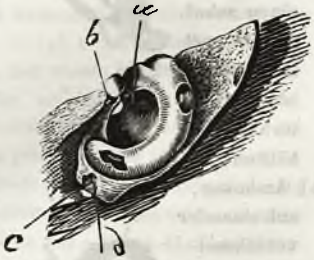


Fig. 4. Die coalirten Pyramiden von oben.
a) Der nicht eingedachte innere Gehörgang an der rechten,
b) der innere Gehörgang an der linken Pyramide.

Fig. 5. Ansicht der Schnecke aus der linken Pyramide.
a) *Meatus auditorius internus,*
b) *Canalis Fallopiae,*
c) *Foramen rotundum,*
d) *Aquaeductus cochleae.*

Fig. 6.

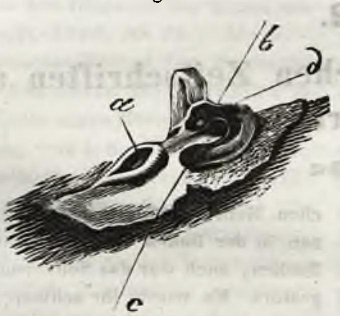


Fig. 6. Ansicht der Bogengänge.
a) innerer Gehörgang,
b) c) Borste, durch die dem äusseren Bogengange entsprechende Öffnung eingeführt,
d) gibt die Richtung seiner Primitiv-Rinne an.

Fig. 7.

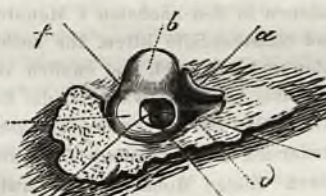


Fig. 7. Ansicht des Labyrinthes aus d. rechten Pyramide.
a) nicht eingedachter innerer Gehörgang,
b) Rudiment d. oberen,
c) der hinteren Bogenröhre,
d) Rudiment d. Schnecke,
e) durch das Schneckenrudiment eingeführte Borste,
f) durch die Öffnung des äusseren Bogenganges eingeführte Borste.

Schliesslich mögen nun noch zwei Fälle von **Abnormitäten in der mittleren Sphäre des Gehörganges** doppelleibiger Missgeburten erwähnt werden. Sie betreffen zwei Diprosopien, deren knöcherne Schädel an der Basis schief (mit convergirenden senkrechten Axen) verschmolzen sind. In beiden Fällen sind vier Ohrmuscheln vorhanden, die zwei hinteren einander genähert und in eine Grube führend, der Andeutung des blind endigenden äusseren Gehörganges; die Labyrinthe regelmässig; die Carotiden ausserhalb des Felsenknochens verlaufend; der Nervenapparat normal beschaffen; selbst die *Chorda tympani* war in beiden Fällen jederseits als ein feiner Faden zwischen dem gemeinschaftlichen Rudimente des Hammers und Ambosses darzustellen. Die *Tubae Eustachii*, in den geschiedenen Schlundhöhlen entspringend, sind zwar sehr genähert, sie gehen jedoch isolirt bis in die durch eine Membrane getrennten Paukenhöhlen über; die Gehörknöchelchen sind theilweise verschmolzen.

In beiden Fällen ist die Duplicität derselben eine hintere **mit Coalition der Hämmer und der Ambosse.**

Die Hämmer sind zu einem platten Knöchelchen verschmolzen, das in der die Paukenhöhlen trennenden Membrane eingelagert und zwischen den ebenfalls coalirten Ambossen eingetragen ist, in einem Falle mit demselben verwachsen, im anderen Falle in einem Charnier-Gelenke beweglich verbunden.

Ein senkrecht in der Membrane absteigender Fortsatz erreicht den an der präparirten Schädelbasis zwischen zwei Griffelfortsätzen kenntlichen Rand derselben, und entspricht dem Manubrium. Ein horizontaler, zwischen die beiden Eustachischen Röhren eingeschalteter Fortsatz übergeht in zwei sehnige Fäden, die an die inneren verkümmerten Unterkieferhälften sich anschliessen. Diess dürften die Reste des **Meckel**'schen Hammerfortsatzes sein. Am Hammer befestiget sich jederseits ein Muskel, der an der Eustachischen Tuba seinen Ursprung nimmt.

Die Ambosse, in ihren Körpern gleichfalls verbunden, bieten beiderseitig noch erkennbare wesentliche Bestandtheile. In einem Falle sind die absteigenden Fortsätze einwärts gekrümmt und die Körper mit dem Hammer verwachsen, in dem anderen Falle durch eine zwischen den Wurzeln der absteigenden Fortsätze befindliche Fuge gelenkig mit derselben verbunden; zugleich fehlen in diesem Falle die hinteren Fortsätze, indem der Amboss jederseits mit einem kaum vorspringenden Knochenzapfen der Paukenhöhlenwandung durch Knorpel sich vereiniget.

Die Steigbügel haben im ersten Falle stark ausgebogene vordere Schenkel; an denen der an-

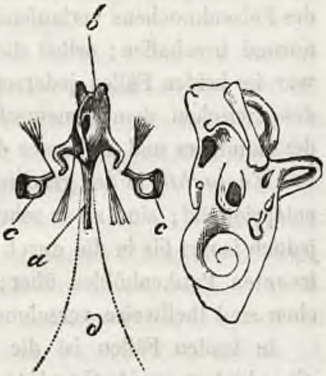
deren Missgeburt sind die Schenkel genähert und dünner als gewöhnlich.

Fig. 8. seitliche, **Fig. 9.** obere Ansicht der Kette der Gehörknöchelchen einer doppelköpfigen Missgeburt.

Fig. 9.

Fig. 8.

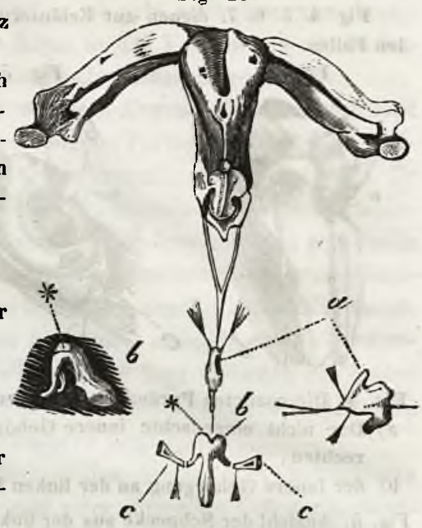




a) Hammer mit seinen Fortsätzen und Muskeln,
b) Ambosse,
c) Steigbügel mit seinem Muskel,
d) bezeichnet die Richtung beider Eustachischen Ohrtrompeten.

Fig. 10. Gehörknöchelchen eines ähnlichen Monstrum.
a) Hammer. Sein vorderer Fortsatz verbindet sich durch einen sehnigen Doppelfaden mit den inneren Unterkieferhälften,
b) Ambosse, unt. einander verschmolzen,
c) Steigbügel,
*) die Fuge, in die der Hammer eingelenkt ist.

Fig. 10.



2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

A. Pathologische Anatomie.

Carcinom der Gehirnhäute. Von **Bird Herapath.** — R. E., 66 Jahre alt, klagte über Schwindel und Schmerz in der linken Seite des Kopfes, undeutliches Sehen und eine leichte Erstarrung der rechten Seite. Ein zugleich bestehender gastrischer Zustand wurde bald gehoben. An den Nacken wurde ein Vesicans gelegt. Kurz darauf trat Coma und ein lethargischer Zustand durch mehrere Stunden ein. Die Pupillen waren erweitert und unbeweglich, die Kranke lag in einem tiefen apoplectischen Torpor mit Verlust der Sensibilität; der rechte Arm war starr gebogen, daher am linken eine Vene geöffnet wurde. Harn- und Stuhlentleerung gingen bewusstlos vor sich, die Deglutition war erschwert. Dieser lethargische Zustand dauerte 5 Tage fort. Am sechsten Tage erwachte Pat. aus der Lethargie, das Bewusstsein kehrte zurück. Auf die Frage, wo sie Schmerz fühle, zeigte sie mit der linken Hand auf den hinteren Theil der linken Kopfhälfte; die Pupillen waren beweglich, die rechte Seite, wohl noch paralysirt, verlor doch die Rigidität. Auf den Nacken wurde abermals ein Vesicans angebracht und die Stelle offen erhalten, innerlich hatte man salzige Mittel und verdünnte Mineralsäuren angewendet. Der Schmerz liess nach, die Kranke erholte sich zusehends, und konnte selbst ihren rechten Arm wieder gebrauchen. Mehrere Monate darauf klagte sie über Schmerzen in der linken Gesichts- und Kopfhälfte und im Nacken; auch war das Sehvermögen des linken Auges gestört. Es wurde ihr schwer, die rechte Hand nach einem bestimmten Objecte hin zu richten; die Sensation war in beiden Armen und Händen noch gut. Zuweilen trat plötzlich ein Schwindel ein Diese Symptome nahmen in den nächsten 2 Monaten zu, auch Sprache nnd Geisteskräfte litten. Ihr rechter Schenkel wurde lahm und wankend, und endlich ward die rechte Seite gänzlich gelähmt, während die Empfindung noch bestand. Das Sprachvermögen zeigte sich verwirrt, doch weder die Zunge gelähmt, noch die Gesichtszüge verzerrt. Einige Monate später trat ein apoplectischer Anfall mit Röcheln und Coma plötzlich ein; Scarificationen des Nackens und Purganzen waren erfolglos, und obwohl Pat am dritten Tage ihre Augen wieder öffnete, leise sprach und sich etwas erholte, so verfiel sie doch bald hierauf wieder in apoplectische Lethargie, welche mit dem Tode endigte, der 12 Monate nach dem ersten Anfalle erfolgte. — **Sectionsbefund.** Die harte Gehirnhaut war an der linken Hemisphäre fest adhärent. Eine grosse Geschwulst ging an der Protuberanz des linken Scheitelbeines von der *Dura mater* aus, und erstreckte sich in die Substanz des Gehirns hinein, verdrängte die Gehirnwindungen

und verursachte durch Druck die Erweichung und Absorption derselben. Die Geschwulst war halb elastisch, weich und leicht zerstörbar, von einer dünnen, serösen Haut umschlossen, an einigen Stellen fast breiig, an andern fest und halb elastisch, $2\frac{1}{2}''$ lang, $2''$ breit und $1\frac{1}{2}''$ tief; sie erstreckte sich in das absteigende Horn der Seitenkammer und bestand aus zwei Portionen, welche durch einen schmalen dünnen Stiel zusammenhingen. Bei einem Längen- und Querschnitte durch dieselbe zeigte sie ein geronnenes, buntes Aussehen von verschiedener Consistenz; die härteren Stellen waren gelblichweiss und rohen Tuberkeln ähnlich, in denen der Erweichungsprocess beginnt; die breiigen Stellen erschienen wie erweichte Gehirnsubstanz, hie und da mit cellulös-fibrösen Membranen, welche die Läppchen einhüllten. Der untere Theil war viel härter und dichter, beim Schnitte wies er auch das knotige, geronnene Ansehen. Bei der microscopischen Untersuchung fand man einen Medullarkrebs; die Zellen, woraus sie bestand, waren deutlich geschwänzt. Verf. knüpft an diesen Fall die Bemerkung, dass die Desorganisation schon Monate lang bestand, ohne Störungen der Gehirnfunctionen hervorzurufen; dass jedoch mit der Zunahme der weichern Partie derselben in Folge des Druckes letztere auftraten. Die Schmerzäusserung der Kranken konnte in gegenwärtigem Falle zur Diagnose des Sitzes des Übels führen. (*The Lancet.* **1846.** *Nr. 10.*) *Meyr.*

Pathologisch-anatomischer Beitrag zur Diagnostik der Harnverhaltungen. Von Dr. G. W. Scharlau in Stettin. — Sch. behandelte einen Mann, Bademeister in einem russischen Bade, vom 4. Sept. v. J. bis 9. Oct., dem Todestage, an vollständiger Harnverhaltung, verbunden mit bedeutenden Schmerzen in der Blase. Die vorzüglichsten Erscheinungen im Krankheitsverlaufe waren: 1. zehnjährige Harnbeschwerden, bestehend im häufigen und schmerzhaften Urinlassen, später mit steter Zunahme der Verminderung der zur Zeit gelassenen Harnmenge; 2. von Zeit zu Zeit der Abgang kleiner Steine durch die Harnröhre; 3. periodisches Blutharnen, jedoch nicht häufig; 4. Frostanfälle mit unregelmässigem Typus, ohne dass Hitze und Schweiss gefolgt wären; 5. spärliche und endlich ganz fehlende Urinabsonderung bei leerer Blase; 6. Abgang eines länglichen Steines von $\frac{5}{8}''$ Länge und $4'''$ Breite, glatt, abgeschliffen, an 3 Stellen dunklere Schichten zeigend, vorn mit mehreren Flächen versehen; Vorhandensein eines Steines in der Blase; 7. Erbrechen und Singultus; 8. Zeichen der Blutzersetzung. — Sectionsbefund 40 Stunden nach dem Tode: Ein hoher Grad von Fäulniss, die Leber normal, die Gallenblase von dicker Galle strotzend, die Milz sehr klein, verdickt, zusammengeschrumpft; Bauchfell und Darm normal; die Blase klein, wenig Urin enthaltend, mit 3 Blasensteinen, von denen der eine ein vollkommenes Oval bildete, und vollständig einem plattgedrückten Hühnerei glich, einen Umfang von $4\frac{1}{2}$ und $5\frac{1}{2}''$ zeigte, und 26 Drachmen wog. Diess war der zuerst gebildete Stein. Der zweite hatte die Form eines Halbovals und eine ausgehöhlte Fläche, mit der er an den ersten Stein angelegen war; er hatte das Gewicht von 11 Drachmen, und einen Umfang von $4''$. Der dritte bildete ein vollkommenes Oval und wog 42 Gran. Der vierte, schon beim Leben entleerte, war 41 Gran schwer. Die Steine hatten eine abfärbende weisse Farbe. Der Urin war weiss und betrug einige Unzen, die ganze Menge der letzten 36 Stunden. Die Harnleiter waren sehr erweitert und verdickt, $1\frac{1}{2}$ Mal so weit wie die *Arteria iliaca*; die Nieren im völlig macerirten Zustande, um das Zweifache zu gross, das Becken und die Kelche um das drei- bis vierfache zu weit; Harnleiter und Nieren von molkigem Urin strotzend; die Schleimhaut rauh und mit eiterigem Exsudate bedeckt. Die Nierensubstanz in eine ununterscheidbare, braune, schwammig-macerirte Masse verwandelt; im Zellgewebe der Nierencapsel viel Luftblasen und Wasser, erstere das Product der Fäulniss. Das Blut der grossen Gefässe war von der schönsten kirschrothen Farbe, nicht geronnen; Steine waren weder in den Harnleitern noch in den Nieren. — Folgerungen: Der Kranke litt 10 Jahre an Steinbeschwerden, der in der Blase befindliche Stein reizte sie zur Contraction, so dass sie nicht viel Harn aufnehmen konnte, der überdiess sehr concentrirt war, vermöge der Beschäftigung des Kranken; dadurch wurde nicht allein das Wachsthum dieses Steines selbst und das Entstehen neuer Steine begünstigt, sondern die Blase auch mehr gereizt, und das Bedürfniss zum Uriniren wuchs. Der Harn häufte sich nun in den Harnleitern an, erweiterte sie und endlich auch die Nieren, die durch diesen Druck atrophisch wurden. Dadurch musste auch die Harnabsonderung quantitativ und qualitativ abnorm werden, bis endlich die zunehmende Entartung der Nieren ein Aufhören des Lebensprocesses zur Folge haben musste durch Blutzersetzung und durch das Zurückbleiben des Harnstoffes und anderer durch die Nieren abzuführender Stoffe, daher die Frostanfälle, das Erbrechen, der Singultus. (*Medicinische Zeitung, herausgegeben vom Vereine für Heilkunde in Preussen.* **1846.** *Nr. 12.*)

Kretz.

B. Practische Medicin.

Heilung eines Gelenkrheumatismus innerhalb zehn Tagen durch schwefelsaures Chinin. Von Fouquier. — Ein junger Mann litt an in den Gelenken herumziehenden Schmerzen, leichten Auftreibungen an denselben, und hatte nebenbei ein bedeutendes Fieber. Im Anfange der Krankheit ging den Schmerzen ein Frost voraus, der aber nicht wiederkehrte; das Fieber dauerte ohne bemerkbaren Nachlass fort, und war von reichlichen Schweissen begleitet. Als nach ergiebigen allgemeinen Blutentziehungen die Schmerzen noch fortdauerten, reichte man ihm am Abende des zweiten Tages der Behandlung 1 Gramme *Sulf. chin.*, verdoppelte die Gabe am dritten Tage, und setzte sie am vierten, als die Schmerzen nachliessen und der Puls auf 76 sank, fort. Am fünften Tage gab man bei fortwährender Abnahme

der Schmerzen und bei 60 Pulsschlägen in der Minute 2.50 Gramm. des Mittels, und fiel am sechsten Tage auf 1 Gramm., da bloss noch in den Schultern geringe Schmerzen sich äusserten. Als am siebenten Tage die Schmerzen gänzlich geschwunden waren, setzte man den Gebrauch des Mittels in allmälig verminderter Gabe noch durch 3 Tage in der Art fort, so dass die am zehnten Tage genommene Portion 25 Centigr. betrug. F. glaubt, diese Behandlungsweise passe für Fälle von Rheumatismen, wo die Kranken stark schwitzen und einer diaphoretischen Heilmethode nicht unterworfen werden können. (*Gazette médicale de Paris. 1846. Nr. 10.*) **Blodig.**

C. Chirurgie.

Fall von Gastrotomie. Von **Manlove.** — Bei einem Negerknaben traten nach 2wöchentlicher Stuhlverstopfung Leibschmerzen, Fieber, Erbrechen, Athembeschwerden und starke Tympanitis ein. Bei der Erfolglosigkeit der verabreichten Mittel und der dem Leben drohenden Gefahr machte Verf. 2″ unter dem Nabel beginnend bis gegen die Schambeinsvereinigung einen 4—5″ langen Schnitt; er fand Bauchfell und Darm in der unteren Hälfte der Schnittwunde mit einander verwachsen, und hatte bei der Durchschneidung des ersteren auch in den letzteren eine Öffnung von 1/4″ Länge gemacht, aus der grosse Mengen Gas und flüssige Excremente hervorkamen. Die Wunde wurde mit Ausnahme der Darmöffnung durch Nähte und Heftpflaster geschlossen, die Stuhlentleerungen fanden bis zum 17. Tage nach der Operation durch den künstlichen After Statt, und erfolgten nach Schliessung desselben auf normalem Wege. (*Boston med. Journ. in* **Oppenheim's** *Zeitschrift. 1846. Februar.*) **Blodig.**

Entfernung eines Stückes der vorgefallenen Leber, mit glücklichem Erfolge. Von Dr. John **Macpherson.** — Ein 60—70jähriger Hindu bekam einen Lanzenstich in den Bauch, ungefähr 3″ über dem Nabel und 2″ nach rechts von der Mittellinie des Körpers. Zwölf Stunden nach der Verletzung untersuchte ihn der Verf., und fand eine höchstens 1″ lange Wunde, durch welche ein dreieckiges Stück der Leber von der Grösse und Form der 4 aneinander gelegten Finger einer Hand hervorgedrängt war, und welches unmittelbar nach Entfernung des Speeres zum Vorschein gekommen sein soll. Der Kranke hatte einen beträchtlichen Blutverlust erlitten, an der Leber selbst konnte keine Verletzung wahrgenommen werden.

Da es unmöglich schien, den Theil wieder zurück zu bringen, ohne die Bauchwandungen mehrere Zoll weit zu spalten, so entschloss sich der Verf. zur Abtragung desselben. Eine zuvor um die Basis des Vorfalles gelegte Ligatur konnte nicht verhindern, dass aus zwei durchschnittenen Arterien eine ziemlich heftige Blutung eintrat. Diese wurden unterbunden, und überdiess ein doppelter Faden durch die Mitte des vorgefallenen Leberstückes gezogen, und die Faden desselben zu beiden Seiten fest zusammengezogen. Es wurde auch jetzt kein Versuch gemacht, die Leber aus der Wunde zurück zu bringen, da es wünschenswerth war, der Möglichkeit eines Blut- oder Gallenergusses in die Bauchhöhle zuvorzukommen. Nach neun Tagen hatten sich die Unterbindungsfäden abgestossen. Es bildeten sich bald lebhafte Granulationen, und nach drei Wochen wurde der Kranke geheilt entlassen.

Das Gewicht des entfernten Leberstückes betrug, nachdem es schon einige Wochen in Weingeist gelegen, 1¼ Unze.

Bemerkenswerth ist, dass der Kranke über ziemlich heftige Schmerzen klagte, wenn man die Oberfläche der Leber berührte, dagegen beim Durchschneiden fast gar keine empfand. (*Lond. med. Gaz. Jan. 1846.*) **Morawetz.**

Bruch des Beckens, Blasen-Harnfisteln. Von Dr. **Houston.** — Verf. las in der pathologischen Gesellschaft zu Dublin im Febr. 1844 folgenden Fall. Im Jahre 1833 wurde einem Manne auf der Kingstowner Eisenbahn das Becken zwischen zwei zusammenfahrenden Waggons zerquetscht. Fast agonisirend zwei Tage später in das Dubliner Krankenhaus gebracht, klagte er über heftigen Schmerz an dem innern obern Theile des rechten Schenkels; das Glied war gänzlich kraftlos, doch nicht paralysirt und nicht verkürzt, auch nicht auswärts gedreht. Bei dem Versuche, es zu bewegen, entstand, so wie bei der leisesten Berührung des Trochanters oder eines andern hervorstehenden Knochentheiles der heftigste Schmerz. Die Blase war gelähmt, und den 4. Tag bildete sich am Damme ein Abscess, welcher den 11. Tag geöffnet wurde, und anfangs eine Masse von Eiter, sodann Harn entleerte. Gleichzeitig bemerkte man, dass der rechte Darmbeinknorren beweglich und dabei Crepitation hörbar war. Man schloss aus dem sehr intensiven Schmerz auf eine Beleidigung des *Nervus obturator.* an der Stelle des Bruches. — Durch 4 Monate blieb der Schmerz constant, die Urinfistel im Perinäum blieb sich gleich, und schwer nur wurde der Kranke erhalten. Im 5. Monate bemerkte man nahe dem Kreuzbein eine weiche Geschwulst, welche unschmerzhaft war, und geöffnet gleichfalls Harn ergoss. Eine ähnliche Fistel bildete sich 2 Monate später an der innern Schenkelfläche.

Gegen das Ende des 11. und 12. Monates war vollkommene Anchylose des rechten Schenkels eingetreten; der Kranke konnte auf die Seite gelegt werden, aber die Urinfisteln blieben sich gleich. Während dieser ganzen Zeit war an vielen Stellen Decubitus eingetreten, theils durch das lange Liegen und den Druck, theils durch den immerwährend absickernden Harn.

Sorgsame Pflege brachte Pat. so weit, dass die Urinfisteln die einzige, sehr schwer zu beseitigende Krankheit bildeten. Der anchylotische Schenkel lag so gegen den Damm, dass eine genaue Untersuchung unmöglich war; oft trat ohne bekannte Ursache Harnverhaltung ein, doch konnte man weder die Punction noch den Catheterismus in Anwendung bringen.

Bei der Untersuchung durch das Rectum entdeckte

man endlich, dem häutigen Theile der Urethra entsprechend, eine Ausbuchtung, von welcher aus wahrscheinlich der Urin in die verschiedenen Fistelgänge gelangte und sie unterhielt. Nach einem Consilium wurde ein dem beim Steinschnitte üblichen ähnlicher Einschnitt gemacht, der weiche Sack eröffnet und eine ziemliche Menge von Urin entleert. Nun erholte sich Pat. rasch, das durch die Harninfiltration bedingte Fieber schwand, die Fisteln heilten und nur die im Perinäum vorhandene blieb offen; allein auch diese zu heilen gelang dem Verf., indem er eine Leitsonde durch die Fistelöffnung, den Sack und die Blase führte, und einen Catheter einlegte. Endlich verliess Pat., bis auf die Anchylose geheilt, das Spital, und genoss einige Jahre eine ungetrübte Gesundheit. Dann verlor man ihn aus dem Gesichte, und erst im Jahre 1842 fand ihn Dr. Houston in einer elenden Wohnung mit einem unreinen offenen Geschwüre in der rechten Leiste und einem andern am linken Schenkel. Diess waren, wie die Untersuchung zeigte, Harnfistelöffnungen. Kurze Zeit darnach starb Pat. im Spitale.

Die Section wies Folgendes nach: Der Darmbeinbruch war vollkommen vereinigt; er hatte sich durch die Pfanne erstreckt. Die Blase und die Beckenwand waren durch eine gallertige Masse mit einander vereinigt. Durch diese Masse hatte der Harn nach rückwärts durchgesickert. Die Nieren und die Harnleiter waren vereitert, die Blase verdickt, ihre Schleimhaut entzündet und Lymphe darauf abgelagert. Die Spuren des ursprünglichen Sackes fanden sich noch in dem Damme. (*The Dublin Quarter. Journ. for Med. Sc. Nr. 1. Febr. 1846.*)

Pissling.

Exstirpation des Uterus. Von Gregson. — Eine Frau, welche vor 2 Jahren das zweite Mal gebar, befand sich seit dieser Zeit unwohl. Seit einem Jahre verlor sie bei jeder Menstruation eine bedeutende Menge Blutes. Sie war sehr abgemagert, blutleer und bei der Untersuchung zeigte sich ein birnförmiger Körper, der die Scheide ausfüllte, vom Muttermunde ausging und scheinbar an eine Seite der Vagina adhärent war. Ein Versuch, denselben mit den Fingern zurückzubringen, war fruchtlos und verursachte viele Schmerzen. Auch Eisen, Mutterkorn und Adstringentia wurden ohne Erfolg angewendet. Da der Blutfluss fortdauerte und der Tod unvermeidlich schien, so entschloss sich Verf. zur Exstirpation des Uterus. Er fasste die Geschwulst mit einer Zange, und zog sie so weit als möglich hervor. Dadurch verschwand der Muttermund völlig. Eine starke Seidenschnur wurde um die Geschwulst herumgeführt, so hoch als möglich hinaufgebracht, und die Schnur durch das Öhr eines leicht bogenförmig gekrümmten Stahlstäbchens durchgeführt. Die Schlinge wurde nun so fest als möglich zugeschnürt, und das Stäbchen blieb in der Ligatur eingeschlossen, der Schlinge gegenüber. Die Ligatur wurde von Tag zu Tag fester angezogen, und bewirkte das schnelle Absterben der eingeschnürten Partie, welche am neunten Tage abfiel. Die Reaction war während der Zeit sehr mässig und die Kräfte nahmen zu. Die Rückenlage wurde 20 Tage lang beobachtet. Pat. befand sich seit dieser Zeit wohl. — Verf. macht bei diesem Falle aufmerksam, dass die Ligatur gleich anfangs so fest als möglich angezogen werden soll, um die Vitalität des eingeschnürten Theiles mit einem Male zu vernichten. Darin bestehe das sicherste Mittel, die heftige Entzündung und die Absorption der purulenten Materie zu verhindern. (*London Medical Gazette. Febr. 1846.*)

Meyr.

Fall von Excision des Oberschenkelkopfes. Von Dr. Fergusson. — Diese Operation ist die zweite derartige in England, welche ein glücklicher Erfolg krönte. Sie wurde den 1. März 1845 im *Kings College Hospital* von F. ausgeführt. Der Kranke, ein 14jähriger Knabe, hatte schon 10 Monate vor seiner Aufnahme in das Krankenhaus an einer Affection des linken Hüftgelenkes gelitten. Vor einem Monate hatte sich über und hinter dem grossen Trochanter ein namhafter Abscess gebildet, welcher sich spontan öffnete, und auch jetzt noch eine bedeutende Menge von Eiter entleert. Das Aussehen der Extremität war das, wie es bei den vorgerückten Stadien der Coxalgie vorzukommen pflegt. Es war scheinbare Verkürzung und Beugung des Knie- und Hüftgelenkes vorhanden. Das erstere war immer, das letztere aber bei Bewegungsversuchen oder beim Druck auf das Knie schmerzhaft. — Nachdem Pat. mehrere Monate im Spitale zugebracht, bot er folgenden *Status praesens.* Die Verrenkung der Extremität hatte zugenommen, und in Folge einer Seitenkrümmung in der Kreuzgegend, so wie der schiefen Richtung des Beckens, dann der grösseren Beugung in den Gelenken war die Extremität viel stärker verkürzt und der Knöchel derselben stand 4—5 Zoll höher als der der anderen Seite. Der Oberschenkel war schief ein- und abwärts gedreht, das Knie berührte den andern Oberschenkel. Der Gelenkskopf ruhte auf dem Darmbeine, wovon man sich leicht überzeugen konnte, wenn man den Finger in eine ziemlich weite Abscessmündung hinter dem Trochanter brachte; wo man ihn so isolirt fand, dass man ihn mit dem Finger umgehen konnte. In der Umgebung waren mehrere sinuöse Gänge. — Über dem Trochanter befand sich ein grosses, viele Jauche secernirendes Geschwür. Schmerz fühlte Pat. nur bei Bewegung, seine Kräfte waren sehr gesunken, er konnte nur auf der gesunden Seite liegen. Der Puls 100—110, Appetit mässig, Zunge roth, die Wangen öfters geröthet, starke Nachtschweisse, Gesicht und Füsse ödematös.

Da die Lungen und übrigen Eingeweide gesund schienen, auch die Pfanne nicht krank schien, entschloss sich Fergusson zur Operation, und vollführte sie folgendermassen:

Es wurde zuerst ein 6 Zoll langer, der Richtung des Oberschenkels folgender Schnitt gemacht, der etwas ober dem Schenkelkopfe begann, bis unter den *Trochanter major* geführt wurde, und den Knochen unterhalb desselben so bloslegte, dass eine Kettensäge

darunter gebracht werden konnte. Allein diese brach beim Sägen, und Verf. musste eine andere Operationsmethode einschlagen. Er trennte nämlich mit einem scharf spitzigen Bistourie alle Weichtheile um den Hals des Schenkelknochens und die beiden Trochanter, und brachte sie, den Schenkel als Hebel benützend und gegen den andern Schenkel drehend, so weit aus der Wunde, dass er sie mit einer gewöhnlichen Säge reseciren konnte; entfernte sodann noch einen Theil des Schenkelknochens, der ihm nicht ganz gesund schien, indem er den Schnitt nach abwärts erweiterte, und vereinigte sodann die Wunde mittelst einiger Nähte und Klebepflaster. Kein grösseres Gefäss musste unterbunden werden. Die Gelenkpfanne war mit einer fibrös sulzigen Masse erfüllt. Es wurde sodann eine lange Schiene zur Herstellung einer leichten Extension mit dem Stützpuncte an der gesunden Seite der Hüfte angelegt. Nur eine unbedeutende Reaction folgte. Den 8. Mai wurde die Schiene entfernt, da auch alle übrigen krankhaften Erscheinungen verschwunden waren. Die Extremität war bloss um 2 Zoll kürzer als die andere, da doch $4^1/_4$ Zoll des Knochens entfernt worden waren.

Den 3. October konnte Pat. auf Krücken das Spital verlassen, der Fuss berührte den Boden, die Beweglichkeit im Hüft- und Kniegelenke war ganz frei, Schmerz keiner vorhanden und die sinuösen Geschwüre geschlossen. (*Transact. of Med. Surg. Society. Vol. 28 in the north. medic. Journal. Vol. 4. Nr. 1. January. 1846.*) **Pissling.**

Fall von Erschöpfung; Bluttransfusion; Genesung. Von R. Brown. — Den 2. November 1837 wurde der Verf. von einem Collegen zu einer 37jährigen Gebärenden gerufen, welche schon lange an der Fallsucht litt. Als B. hinkam, fand er die Kranke in einem Zustande völliger Erschöpfung. Die Geburt war, ohne dass die Person sich erholt hatte, vor B.'s Ankunft durch Blasensprengen vollendet worden. Reibungen, Wärme, Stimulantien hatte man ohne Erfolg angewendet. Das Gesicht war bläulich roth, mit kaltem Schweisse bedeckt, die Respiration ängstlich, zuweilen durch Seufzer und etwas Husten mit schleimigem Auswurfe unterbrochen; der Puls klein, an der Handwurzel unfühlbar; der Lochialfluss normal, der Uterus nicht ganz zusammengezogen. Durch 20 Minuten wurden, jedoch erfolglos, Äther, *Ammon. pura,* Frictionen mit Senfmehl und heisses Eisen an die Herzgegend, das Epigastrium, die Wirbelsäule und Extremitäten angewendet. — Ohne Hoffnung auf einen günstigen Erfolg entschloss sich Verf. endlich zur Transfusion. Er eilte nach Hause um den Apparat, während indessen alle obigen Mittel eifrig fortgesetzt wurden.

Als er nach einer halben Stunde etwa zurückkam, war nicht die leiseste Spur einer Besserung eingetreten. Nachdem endlich eine Person gefunden worden, welche sich aus Barmherzigkeit entschloss, das gewünschte Blut herzugeben, wurde Maw's Apparat angewendet. Das zur Aufnahme des Blutes bestimmte Centralgefäss wurde mit heissem Wasser umgeben und 2 Grad über die normale Temperatur des Blutes erwärmt. Nun fing Verf. von dem Weibe, das sich dazu herbeigelassen, etwa 4 Unzen Blut in dem vorbereiteten Gefässe auf, und stach so rasch als möglich die rechte Basilica der Kranken an; trieb erst durch einen Blutstrom die Luft aus dem Instrumente, und brachte nun die Mündung der Röhre desselben in die Vene. Der Stempel wurde langsam bewegt, und schon bei dem zweiten Drucke sagte Pat., sie fühle ein Gefühl von Wärme durch den Arm ins Herz strömen. Bevor noch der Rest des Blutes eingespritzt war, gewann sie Farbe und Wärme, und freute sich, dass sie nicht mehr »grün vor den Augen habe, sondern natürlich sehe.« — Ohne irgend bemerkenswerthe Symptome erholte sie sich. — (*The northern Journ. of Medicine. Vol. III. Nr. 7. Decemb. 1845.*) **Pissling.**

D. Ophthalmiatrik.

Über den Daltonismus oder Dyschromatopsie. Von Wartmann, Professor zu Lausanne. — Der berühmte englische Physiker Dalton verwechselte gewisse Farben mit einander, und beschrieb selbst die Eigenthümlichkeiten seines Gesichtsfehlers. Von ihm nannte Prevost zu Genf, Daltonismus jenen Gesichtsfehler, der bei den andern unter dem Namen Chromopsie vorkommt, und »Daltoniens« jene Personen, bei welchen das Wahrnehmen der Farben auf eine von der Norm abweichende Art geschieht. — Seebeck, Szokalski und Purkinje suchten das Leiden in Arten einzutheilen, ersterer in zwei, der zweite in fünf und der letzte in vier Categorien. W. neigt sich der Seebeck'schen Eintheilung zu, und unterscheidet: 1. Solche Individuen, welche das Roth, Grün und Blau mit Grau und den verschiedenen Abstufungen des Orange, Rosenroth und Violett verwechseln; 2. Solche, welche die minder brechbaren Lichtstrahlen kaum, rothe Gegenstände indess deutlicher wahrnehmen, als die Individuen der ersten Categorie. *Daltonismus dichromaticus* nennt W. jene Regelwidrigkeit des Sehens, wo die Individuen bloss zwei Farben wahrnehmen, z. B. weiss und schwarz. — *Daltonismus polychromaticus* nennt er jenen Zustand, wo das Auge wohl mehr als zwei Farben, jedoch nicht alle Abstufungen derselben zu unterscheiden vermag. Von beiden führt er Beispiele an. — Diese Zustände sind häufiger, als es den Anschein hat. So litt nach Prevost unter 20 Individuen 1, Seebeck fand unter 40 jungen Leuten des Gymnasiums zu Berlin 5, die daran litten. Genaue objectiv ersichtliche Kennzeichen des Leidens gibt es wohl nicht. W. machte mit einem derartig Leidenden einen interessanten Versuch, indem er einen Kopf in den complementären Farben mahlen liess. Die Haare und die Augenbraunen waren an dem Gemälde weiss statt schwarz, die Hautfarbe bräunlich, die Lippen und die Wangen statt roth grün. Pat. fand den Kopf ganz natürlich aussehend, nur die Haare schienen ihm in

eine weissliche Haube gehüllt, und die Wangen ein wenig zu roth. In Bezug auf die Erklärung dieses Zustandes neigt sich W. zur Meinung Melloni's, der annimmt, dass im Normalzustande die Netzhaut synchronisch mit den Lichtwellen vibrire, bei obigem Leiden aber unter dem Einflusse gewisser Lichtstrahlen entweder gar nicht, oder unter der Einwirkung verschiedener Lichtstrahlen auf dieselbe Weise in Schwingung versetzt werde. (*Archives générales de Médecine. 1846. Fevrier.*) Blodig.

Ergebnisse einer mehrmonatlichen Kaltwasserbehandlung einiger Augenkranken. Anonym. — Im April vor. Jahres wurden versuchsweise auf den Wunsch einiger Freunde der Hydrotherapie, die von letzterer bei der contagiösen Augenentzündung der Truppen Grosses erwarteten, zwei an den Rückständen gedachter Blennorrhöe leidende Personen einer Kaltwasserheilanstalt unter gehöriger Aufsicht überwiesen. Nach einer 7 Monate langen unausgesetzten Behandlung trug die Augenlidbindehaut des einen Kranken immer noch dieselben feinen Granulationen, dieselbe Neigung zur Reizung, dieselbe characteristische Beschaffenheit der Rückstände einer contagiösen Augenkrankheit an sich; Pat. hatte noch immer das Gefühl von Drücken und Trockenheit der Augäpfel, klagte noch immer des Morgens über trübes Gesicht und Verklebung der Augenlidränder wie vor der Aufnahme. — Bei dem andern Kranken waren die inneren Flächen der Augenlider noch eben so voll starker Granulationen, die Bindehaut noch eben so aufgelockert, geröthet und krankhaft absondernd, und die Augäpfel von gereiztem Ansehen wie bei der Aufnahme. — In einem dritten Falle, wo die Augenentzündung eine langwierige war und periodische Anfälle machte, hatte consequente Hydrotherapie gleichfalls keinen Erfolg. (*Medicinische Zeitung des Vereines für Heilkunde in Preussen. 1846. Nr. 13.*) Blodig.

3.

Notizen.

Über die geographische Verbreitung der Krankheiten in Peru. Ein Beitrag zur medicinischen Geographie von Dr. J. J. von Tschudi. Mitgetheilt vom Prof. Dr. Endlicher.

(Fortsetzung.)

Die Gebirgsindianer, die von Jugend auf in der verdünnten Luft der Cordillera leben, leiden nie an der Veta; auch haben sie gewissermassen ein Präservativ dagegen in den Blättern der Coca (*Erythroxylon Coca Lam.*), welche sie mehrmals des Tages kauen. Ich bin vollkommen von der günstigen Wirkung dieser Blätter gegen die von der Veta erzeugten Athmungsbeschwerden und Übelkeiten überzeugt, da ich sie an mir selbst sehr häufig erprobt habe. Wenn ich auf den Hochebenen, auf einer Höhe von 14,000 Fuss ü. M., auf die Jagd ging, trank ich immer einen starken Thee von Cocablättern, und konnte dann mit der grössten Leichtigkeit Tage lang an den Felsen herumklettern, und in raschem Laufe das angeschossene Wild verfolgen, ohne eine grössere Schwierigkeit beim Athmen zu empfinden, als nach schnellem Laufe in den tiefer gelegenen Gegenden. Aber ich habe an mir selbst nie auch von sehr starkem Aufgusse der Blätter die Symptome von Gehirnreiz, Unbehaglichkeit und Aufregung empfunden, wie sie andere Reisende beobachtet haben.

Wenn auch die Coca der Veta vorbeugen kann, so ist ihr Genuss ganz erfolglos, sogar nachtheilig, wenn das Übel einmal ausgebrochen ist, denn dann vermehrt sie bei dem an ihren Genuss nicht Gewöhnten die gastrischen Beschwerden, und bewirkt in dem durch die Blutcongestionen schon heftig afficirten Gehirne einen neuen, höchst schädlichen Reiz.

Die Therapie der Eingebornen bei der Veta ist sehr einfach, und beschränkt sich auf leicht abführende Mittel, worunter die Aufkochung von *Pulpa tamarindorum* mit *Cremor tartari* obenansteht; auf den häufigen Genuss von kalten Getränken, besonders Limonaden von Citronen und Ananas, und von Gefrornem; auf das Vermeiden von reizenden oder erhitzenden Speisen, und auf eine gleichmässige Zimmertemperatur. Da aber die Peruaner auch mit der Darreichung der kalten Getränke fortfahren, wenn die Symptome der Veta verschwinden und sich eine Urticaria einstellt, so beobachtet man häufig ein Zurücksinken des Exanthems, dem aber immer heftige Kopfcongestionen und eine schnell tödtende Encephalitis folgt. Ich habe in einigen sehr gefährlichen Fällen von Veta, bei denen der Blutandrang nach dem Gehirne zu den ernstlichsten Befürchtungen Anlass gab, trotz der grossen Opposition der Kranken und ihrer Umgebungen, copiöse Venäsectionen gemacht, die von sehr günstigem Erfolge begleitet waren.

Wie auf den Menschen, so zeigt sich auch auf die Thiere die Wirkung des verminderten Luftdruckes, aber in verschiedener Art. Alle an der Küste gebornen Einhufer, die zum ersten Male beladen über die Cordillera steigen, leiden an der Veta. Wenn sie in die Punaregion oder an die schon oben erwähnten, durch ihre Veta genau bekannten Stellen kommen, fangen sie an langsamer zu steigen, halten häufig

stille, zittern am ganzen Leibe und stürzen unter ihrer Last zusammen. Je höher sie steigen, desto heftiger zittern sie, desto häufiger fallen sie um. Wenn man sie dann nicht absattelt, ruhen lässt und auf alle mögliche Weise schont, so gehen sie zu Grunde. Einem so befallenen Thiere lassen die Maulthiertreiber an vier Stellen Blut ausfliessen, nämlich an der Schwanzspitze, am Gaumen und an beiden Ohren. Oft schneiden sie ihm die Ohren und den Schwanz zur Hälfte ab, zuweilen die erstern glatt am Kopfe weg, und schlitzen ihm die Nasenlöcher einige Zoll weit auf. Dieses letztere Mittel scheint mir allein von einigem Nutzen zu sein, da diese Thiere durch die gespaltenen, weit geöffneten Nasenlöcher eine grössere Menge Luft schöpfen können. Es ist eine den Arrieros bekannte Thatsache, dass sich auch bei ihren Lastthieren Darmblutungen in Folge der Veta einstellen.

Als Präservativ wird den Thieren Knoblauch oder zerstampftes Capsicum in die Nasenlöcher gerieben, meiner Ansicht nach aber ganz erfolglos; denn eines meiner Pferde, bei dem alle üblichen Vorbauungsmittel in Anwendung gebracht wurden, ging am zweiten Tage, nachdem es von der Veta befallen worden war, zu Grunde. Bei den Lastthieren, die einmal von diesem Übel ergriffen wurden, wiederholt es sich in der Regel jedesmal, wenn sie wieder in beträchtliche Höhen steigen, und sie erliegen ihm auch mit der Zeit. Die Maulthiere und Esel sind ihm weniger unterworfen als die Pferde, wahrscheinlich weil sie ruhiger steigen. Die in der Sierra gebornen Einhufer sind ganz frei davon.

Auf einige Hausthiere hat die Veta einen fürchterlichen Einfluss; diess gilt besonders von den Katzen. Auf einer Höhe von 13,000 Fuss ü. M. können diese Thiere nicht mehr leben. Es sind unzählige Versuche gemacht worden, sie in den Dörfern des Hochgebirges zu halten, aber alle haben unglücklich geendet, indem die Thiere nach wenigen Tagen unter den schrecklichsten Convulsionen, ähnlich denen einer sehr heftigen Chorea, starben. Es ist kläglich, ein solches ergriffenes Thier zu sehen, wenn es von den fürchterlichen Zuckungen am ganzen Körper befallen wird, plötzlich aufspringt, an den Wänden hinanklettert, zurückfällt, eine Zeitlang regungslos liegen bleibt und dann die nämliche Scene von Neuem beginnt, bis es zu Grunde geht. Die kranke Katze sucht durchaus nicht zu beissen, aber auch nicht die Menschen zu fliehen. In Yauli (etwas über 13,000 Fuss ü. M.), hatte ich zweimal Gelegenheit, diese Krankheit zu beobachten. Die Eingebornen nennen diese Thiere *azorochados*, und geben dem Antimonium Schuld am Übel. Auch die feinern Racenhunde sind demselben unterworfen, erliegen ihm aber weniger schnell, und können bei grosser Pflege und wenn sie immer im warmen Zimmer gehalten werden, gegen ein Jahr lang leben. Am empfindlichsten sind die sogenannten ägyptischen Hunde (*Canis caraibicus Less.*), die *Perros chinos* der Eingebornen, die selten mehr als einen Monat leben und ebenfalls an Convulsionen zu Grunde gehen.

Eine zweite, bloss durch die abwechselnde Lufttemperatur bedingte Krankheit in dieser Region ist der sogenannte Chunu, ein Hautleiden, das an sich unbedeutend und gefahrlos ist, nichtsdestoweniger aber sehr heftige Schmerzen verursacht. Es entsteht beim raschen Übergange aus warmen Luftschichten in kalte, und äussert sich auf den unbedeckten Körpertheilen Anfangs als ein Gefühl von Ameisenkriechen, dem bald ein unerträgliches Brennen folgt. Die Haut wird spröde, rauh, springt auf und blutet; oft werden Gesicht und Hände mit tiefen Furchen durchzogen, deren klaffende Ränder lebhaft entzündet und aufgeschwollen sind, und nicht selten gehen diese Schründe in langwierige Eiterungen über. Beim regelmässigen Verlaufe dieses Übels bilden sich nach fünf bis sechs Tagen Schorfe, die beim Abfallen für einige Zeit rothe Streifen zurücklassen; gerade diese kaum geheilten Stellen sind für Recidive am empfänglichsten, und verwandeln sich nach öfterer Wiederkehr der Chunu in dunkel gefärbte Furchen mit gezackten Rändern. Am empfindlichsten ist diese Krankheit an den Conjunctivis der Augenlidränder und an den Lippen. Diese schwellen hoch an, sind olivengrün gefärbt, fast unbeweglich und durch Längenrisse geöffnet, aus denen beim Versuche zu sprechen oder zu essen Blut hervorquillt, was immer von heftigen Schmerzen begleitet ist. Ein ruhiges Verhalten in gleichmässiger Zimmerwärme ist das sicherste Mittel gegen den Chunu; es ist aber nur selten möglich, dieses Verfahren zu befolgen, da eine solche Bequemlichkeit den Reisenden in den Hochebenen nur ausnahmsweise zu Theil wird. Die Indianer, die durch ihre Beschäftigungen dem schnellen Temperaturswechsel ausgesetzt sind, leiden trotz ihrer sehr wenig empfindlichen Haut sehr heftig an diesem Übel, das sich bei ihnen auch an den Füssen, besonders um die Knöchel, und an den Lippen zeigt. Es genügt in vielen Gegenden, nur die Hände in kaltem Wasser zu waschen, um sogleich von Chunu befallen zu werden. Aber wie schon oben bemerkt, liegt die Hauptursache in der verschiedenen Temperatur der atmosphärischen Schichten. Oft gelangt man aus eiskalten Windstrichen plötzlich in warme Luftströmungen, die zuweilen nur zwei bis drei Schritte breit sind, oft aber mehrere hundert Fuss, und sich in paralleler Richtung häufig wiederholen, so dass man im Verlaufe von wenigen Stunden oft fünf bis sechs solche durchschneidet. In der Hochebene, welche sich zwischen Chacapalpa und Huancavelica ausdehnt, habe ich sie besonders häufig im Monat August und September bemerkt. So weit meine zu wiederholten Malen angestellten Beobachtungen reichen, ist die Hauptrichtung dieser Strömungen die der Cordillera, nämlich von S.S.O. nach N.N.W. Mein Weg führte mich einst während mehrerer Stunden der Länge nach durch eine solche warme Schichte, die nicht breiter als sieben und zwanzig Schritte war. Ihre Temperatur war 11° R. höher, als die der sie begränzen-

den ruhigen Atmosphäre; wenn aber durch diese die kalten Winde von den Schneefeldern streichen, so beträgt der Wärmeunterschied der beiden Strömungen 18—20° R.; es ist daher auch begreiflich, dass ein solcher grosser und plötzlicher Unterschied nachtheilig auf das Hautsystem wirken muss; aber auch auf die Respirationsorgane ist er nicht ohne schädlichen Einfluss, und bewirkt oft heftige Catarrhe, Luftröhren- und Lungenentzündungen.

Die warmen Luftströmungen treten nicht bloss temporär auf, sondern scheinen das ganze Jahr hindurch gleichmässig zu bestehen, wenigstens ist diess bei einzelnen bestimmt nachgewiesen; denn oft zeigen die Maulthiertreiber, die zu den verschiedensten Zeiten die Hochebenen durchschneiden, ganz genau an, wo man eine solche trifft.

Die Ursache dieses sonderbaren Phänomens ist bis jetzt noch ganz in Dunkel gehüllt, und verdient wohl genaue Nachforschungen der Meteorologen. Ich bemerke noch, dass diese warmen Luftschichten nicht etwa an Stellen vorkommen, die durch Felsen oder Hügel eingeschlossen sind, und vom Luftzuge geschützt, die von der Erde ausstrahlende Wärme bewahren, sondern dass sie, frei, nur von der Atmosphäre begränzt, auf den Hochebenen lagern.

Die kalten Winde üben ihrerseits ebenfalls eine äusserst reizende Wirkung auf die Haut aus, denn sie sind in der Regel sehr scharf und trocken. Eine auffallende Erscheinung ist es, dass sie thierische Organismen ganz ausdörren und an der Verwesung hindern; ein todtes Pferd wird z. B. durch sie schon nach wenigen Tagen in eine Mumie verwandelt, ohne dass selbst die Eingeweide die geringste Spur von Fäulniss zeigen.

Eine dritte, für diese Region sehr characteristische Krankheit ist der sogenannte Surumpe. Er besteht in einer ausserordentlich intensiven Ophthalmie, deren Ursache am häufigsten in dem plötzlichen Reflex der brennenden Sonne auf die weisse Schneedecke liegt. Durch die verdünnte Luft und die schneidenden, austrocknenden Winde ist das Sehorgan fortwährend in einem gereizten Zustande, der es für jeden heftigen Eindruck weit empfänglicher macht, als diess bei weniger feindlichen atmosphärischen Einflüssen der Fall wäre; auch vermögen sie ohne fernere Ursachen schon diese näher zu beschreibende Augenentzündung hervorzubringen, dann bildet sie sich aber allmälig aus. Intensiver ist sie, wenn sie plötzlich entsteht.

Da auf den Hochebenen sich der Himmel oft fast augenblicklich verfinstert und in wenigen Minuten die grünlichgelbe Fläche von einer Schneedecke überzogen wird und die Sonne dann plötzlich wieder durch das zerrissene Gewölke dringt, so wird das unverwahrte Auge von den heftig zurückprallenden Sonnenstrahlen geblendet. Sogleich fühlt man ein schmerzliches Stechen und Brennen, das sich von Minute zu Minute vermehrt und fast unerträglich wird. Das Auge ist lebhaft geröthet, die Lider schwellen auf und bluten. Der Schmerz ist einer der heftigsten, die es gibt, und führt oft zur Verzweiflung und zu Wahnsinn. Ich kann ihn nur annäherungsweise dem Gefühle vergleichen, wenn man spanischen Pfeffer oder Schiesspulver in die Augen reibt. (S. meine Reiseskizzen II. S. 70 und S. 154).

Ich habe sehr häufig Gelegenheit gehabt, diese Ophthalmie zu beobachten, und will sie nur in Kürze characterisiren. Die Entzündung verbreitet sich gleichmässig über das Auge, nimmt die ganze Conjunctiva ein, auch das Bindehautblättchen der Cornea (wodurch sie sich wesentlich von der einfachen *Ophthalmia catarrhalis* unterscheidet), und erstreckt sich auch auf die Lider, und ergreift hier vorzüglih die *Cryptae sebaceae*, die anschwellen und tief blutroth gefärbt sind. Das Auge ist fast immer feucht, die Lider kleben zusammen, bald durch geronnenes Blut, bald durch einen zähen, gelblichen Schleim. Die Schmerzen in der Supraorbitalgegend sind heftig, lassen aber gewöhnlich nach wenigen Tagen nach, und erklären sich in intensiverem Grade im Augapfel selbst, bald sind sie drückend, bald bohrend oder reissend; dann wird auch das Auge lebhafter geröthet, die Gefässverzweigungen dehnen sich gleichmässig über die ganze Conjunctiva aus, die Gefässe sind strotzend von Blut, und zeichnen sich durch eine eigenthümliche, schwarzrothe Färbung aus. Die Tarsalränder der Lider sind ebenfalls tiefroth, stark angeschwollen und bilden sehr grosse Ectropien. Die Geschwulst verbreitet sich auch weiter um die äussern Augenhüllen, und hindert ihre Bewegung. Dieser Zustand ist fürchterlich. Die Lider, die auswärts gestülpt sind, können nicht geschlossen werden und brennen unerträglich, der *Bulbus oculi* ist starr, da jeder Versuch zur Bewegung die Schmerzen auf einen furchtbaren Grad steigert. Am Abend ist eine bedeutende Exacerbation aller Symptome, die bis gegen Mitternacht zunimmt. Die Morgenstunden sind die ruhigsten. Die Absonderung des zähen Schleimes, der auf den Theilen des Gesichtes, mit denen er in Berührung kommt, ein lebhaftes Erysipelas hervorruft, vermehrt sich, und die Blutungen aus den aufgerissenen Lidern stellen sich häufiger ein. Diess dauert oft 10—12 Tage und endet mit der Zerstörung des Bulbus. Die Augenlider bleiben aber noch lange im Zustande der heftigsten Entzündung, und umgeben den Augapfel als unförmliche, dick aufgeschwollene, sarcomatöse Geschwülste.

Diess ist der intensivste Grad des Surumpe, der aber glücklicher Weise im Verhältniss zur Häufigkeit der Puna-Ophthalmie sehr selten ist. Es ist zwischen dieser und der *Ophthalmia aegyptiaca* manche Ähnlichkeit, besonders in der Art der Schmerzen, im Ergriffensein der Augenlider und der ganzen *Conjunctiva bulbi*, in der Schleimabsonderung und in den Ausgängen; sie unterscheidet sich aber von ihr durch den Mangel der so characteristischen Papillarkörper auf der Conjunctiva.

Die Frage, ob der Surumpe in diesem Grade ansteckend sei, kann ich mit Bestimmtheit bejahend be-

antworten, aber nur durch ein unmittelbares Contagium, wenn der vom kranken Auge abgesonderte Schleim in ein gesundes gebracht wird.

Der weniger intensive Surumpe, der ausserordentlich häufig ist, dauert in der Regel sechs Tage, und ist ebenfalls durch eine Blennorrhöe characterisirt, die aber weniger copiös als bei der oben beschriebenen Form ist, auch ist der Schleim nicht so corrosiv, die Entzündung weniger intensiv, mehr auf die Sclerotica beschränkt und die Gefässe nicht so eigenthümlich dunkelroth gefärbt, sondern mehr blassroth; aber immer ist die *Blepharitis glandulosa* sehr bedeutend. Der acute Krankheitsprocess geht in der Regel in einen chronischen über, der dann das ganze Leben hindurch andauert, bei der geringsten Veranlassung, besonders unter den obenerwähnten atmosphärischen Einwirkungen, wieder acut wird, und jedesmal mehr oder weniger bedeutende Zerstörungen zurücklässt.

Die häufigsten Folgen des Surumpe sind: allgemeiner oder partieller Pannus, Blutergiessungen in die vordere Augenkammer, Hypopyon, Chemosis, bald partiell, bald allgemein und dann in so bedeutendem Grade, dass die Conjunctiva als hochrother Wulst zwischen den Augenlidern hervorgetrieben wird, Ectropium, lebenslängliche Photophobie, Staphylomata, Peribrosis. In mehreren Fällen habe ich *Encanthis fungosa* als Folge der Puna-Ophthalmie beobachtet, die bald eine livide, bläuliche Farbe annahm, auf ihrer Oberfläche Erosionen zeigte und auch in wirklichen Krebs überging.

Am häufigsten werden die Indianer von Surumpe befallen, da es ihnen nicht leicht möglich ist, die Vorsichtsmaassregeln zu gebrauchen, deren sich die Creolen in diesen Regionen bedienen, und ihre Beschäftigungen sie meistens ins Freie rufen, wo sie allem Unbill der harten Witterung ausgesetzt sind. Ich habe auf meinen Reisen im Gebirge oft die Indianer, von Surumpe befallen, am Wege sitzen gesehen, mit blutenden Augen, vor Schmerzen laut aufschreiend und unvermögend, ihren Weg weiter fortzusetzen. Im December 1840 wurden von acht Indianern, die ich zu einem Streifzuge in die Cordillera mitgenommen hatte, an Einem Tage sechs von heftiger Ophthalmie befallen, und ich selbst entging damals nur durch tief blau gefärbte, viergläserige Brillen diesem so plötzlich erscheinenden Übel. Bei den beiden übrigen Indianern, die am Tage verschont blieben, stellte es sich während der Nacht ein, und ich sah mich genöthigt, mit meinen kranken Leuten mehrere Tage lang in einer Höhle in Rangracocha, in den Altos der Chagracaucha, bei der strengsten Kälte und den nothdürftigsten Lebensmitteln, von Schnee fast vergraben, zu bivouakiren, bis sich die heftigsten Symptome endlich so weit gelegt hatten, dass wir es wagen durften, in die bewohnten Sierrathäler zurückzukehren.

In der alten Geschichte der Peruaner kommt ein König vor (nach Garcilaso de la Vega *Coment. real. fol. 92* der siebente Inca), der Yahuar-Huacac hiess, d. h. »der Blut weint.« Die alten peruanischen Historiographen haben sich in Vermuthungen erschöpft, wesshalb ihm dieser Name beigelegt wurde; Einige behaupteten, er habe gleich bei seiner Geburt blutige Thränen geweint; Andere meinten, es seien ihm einige Blutstropfen von der Nachgeburt in die Augen gefallen; wieder Andere behaupteten, er sei in der Jugend gestohlen worden, und habe sich desshalb so gehärmt, dass die Augen bluteten; Mehrere stimmen aber darin überein, dass er erst in späteren Jahren diesen Namen erhalten habe; ich glaube, dass diese letztere Angabe die richtige sei, und dass Yahuar Huacac, als ihn sein Vater Inca Roca zur Eroberung der Provinz Autisuyu absandte, auf den Hochebenen von Paucartampu und Challapampa vom Surumpe befallen wurde, in dessen Folge die Augenlider, wie es so häufig geschieht, bluteten. Bei den Indianern mehrerer Provinzen habe ich für die von der Puna-Ophthalmie befallenen Individuen die Benennung »Yahuar Huacac« gehört.

Über die indianische Therapie beim Surumpe kann ich nichts Näheres angeben. Die Eingebornen waschen die Augen mit der Abkochung verschiedener adstringirender Kräuter, wodurch das Übel aber eher verschlimmert als verbessert wird. Ich habe das *Zincum sulphuricum* und die *Tinctura Opii* in mehreren Fällen mit ziemlich günstigem Erfolge angewendet; bessere Dienste als diese leisteten mir die Auflösung von *Deutochlor. hydrargyr.* in Wasser.

(Fortsetzung folgt.)

4.

Anzeigen medicinischer Werke.

Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten, mit Einschluss der nicht syphilitischen Genitalaffectionen, in Verbindung mit Mehreren herausgegeben von Dr. Fr. J. Behrend. I. Bd. 1. Hft. Mit einer Abbildung. Berlin, 1846. Verlag von Hirschwald. 8.

Jeder Zweig des ärztlichen Wissens ist in der Journalistik durch mitunter zahlreiche periodische Blätter vertreten. Über Syphilis und Hautkrankheiten jedoch hat, mit Ausnahme des im heurigen Jahre nicht mehr erscheinenden Blattes von Cazenave: »*Annales des maladies de la peau et de la Syphilis*« und der »Syphilidologie« des Herausgebers des vorliegenden Archives, die periodische Presse weniger Erhebliches geliefert, wenn wir auch die in andern

medicinischen oder chirurgischen Zeitschriften über diese beiden Gegenstände zerstreuten Artikel dazu rechnen wollen. Wir brauchen in dieser Beziehung nur die bis zum Lächerlichen getriebenen Abhandlungen, Repliken und Dupliken in Bezug der Behandlung des Trippers, Chankers etc. zu erwähnen. Bei Herausgabe der Syphilidologie, von der seit 1839 sieben Bände erschienen sind, hatte Behrend die wohlgemeinte Absicht, die Ansichten der verschiedenen Parteien über Syphilis zu sammeln, um aus diesem Materiale einst einen wirklichen unparteiischen Schluss folgern zu können. Da aber seit den Tagen des lebhaften Kampfes der Parteien die extremsten Ansichten vermittelt sind, man mit Ruhe über vorgefasste Lehrsätze hinaussieht, und die Syphilis nicht mehr als isolirte Erscheinung, sondern in Verknüpfung mit analogen Naturerscheinungen zu begreifen sucht, so ist ein Sammelwerk über Syphilis allein wenig genügend; es sind analoge Erscheinungen, die nicht nur symptomatologisch, sondern auch pathogenetisch und therapeutisch der Syphilis analog sind, mit in den Bereich derartiger Untersuchungen zu ziehen, daher die übrigen dyscrasischen Krankheiten der Haut und die nicht syphilitischen Leiden der Geschlechtstheile. Dieser erweiterten Tendenz ist das vorliegende Archiv gewidmet, das jährlich in 6 Heften, jedes zu 10 Bogen, mit den nothwendigen Abbildungen erscheinen soll. Drei Hefte bilden einen Band zu dem Preise von 2 Rthlr. 15 Sgr. — Das vor uns liegende erste Heft enthält folgende Rubriken: I. Abhandlungen und Originalaufsätze. Über *Syphilis intra uterum* oder über angeborne Syphilis, vom Herausgeber. Hiezu die Abbildung. Bis auf Hunter's Zeiten schlossen sich alle Ärzte der Ansicht von der Übertragbarkeit der Syphilis auf den Embryo oder Fötus an. Hunter selbst erwirkte durch seine gewaltige Autorität einen Zweifel und dann eine vollständige Verläugnung der angebornen oder ererbten Syphilis. Er bezweifelte die Ansteckung der Frucht im Mutterleibe in der Art, dass er eine directe Infection durch die Samenflüssigkeit eines secundär venerischen Mannes im Zeugungsacte oder durch das von der Mutter abgesonderte Fruchtwasser geradezu verneinte, obgleich er die Möglichkeit einer indirecten Infection des Fötus von Seite der Mutter gewissermassen zugab. Der Infectionsträger ist ihm der mit Syphilis geschwängerte Eiter, der, nachdem er von der Mutter absorbirt worden, direct mittelst des von ihr in den Fötus geförderten Blutes in diesen übergeführt werden, und in ihm die volle Syphilis zur Erscheinung bringen kann. Girtanner behauptet, die einzige Art, wie Kindern von ihren Ältern die Ansteckung mitgetheilt werden könne, sei die Geburt, daher die Ansteckung niemals vom Vater ausgehe, sondern nur bei dem Durchgange des Kindes durch die Mutterscheide Statt finde. Swediaur gibt die Möglichkeit der Übertragung der Syphilis vom Vater auf die Frucht, auch wenn die Mutter ganz gesund ist, zu, läugnet diess aber Seitens der Mutter, weil nicht gleich bei der Geburt, sondern erst 6—10 Tage nach derselben die Kinder syphilitische Erscheinungen wahrnehmen lassen. So kreuzten sich fortwährend die Meinungen Einzelner, bis sich in neuerer Zeit Wallace, Acton, Cullerier und Gibert für die Frage entschieden. Auch des Verf. Praxis hat unzweifelhaft dargethan: »dass ein an allgemein syphilitischer Infection oder an Überresten alter Syphilis leidender Mann, ohne Localsyphilis an seinen Genitalien, mit einer ganz gesunden Frau ein syphilitisches Kind zeugt, ohne dass die Mutter von der Krankheit befallen wird.« Zur Bestätigung dessen erzählt Verf. vor der Hand zwei Fälle. (Der Schluss folgt im nächsten Hefte.) — *Briefe des Domenico Thiene über die Geschichte der venerischen Übel. Mitgetheilt von Dr. Simon in Hamburg.* Der Verf. sucht gegen Astruc und Girtanner, die sich bekanntlich für den Ursprung der Syphilis aus America erklärten, die gegentheilige Ansicht festzustellen, dass die Syphilis aus der alten Welt stamme. Diess bildet den Gegenstand des ersten Briefes. In den folgenden Briefen soll dargethan werden, ob vor Entdeckung America's die zahlreichen localen und allgemeinen Übel in Folge des unreinen Beischlafes vorhanden waren, die man heut zu Tage unter dem Namen der venerischen kennt, und ob sie mit denselben oder ähnlichen Mitteln behandelt wurden, deren man sich gegenwärtig bedient. In einer Nachschrift belegt der Übersetzer mit unzweifelhaften Gründen die Thatsache, »dass die Lustseuche sich zuerst im Jahre 1495, während des Franzosenzuges nach Neapel bemerkbar gemacht habe, dass erweislich weder die Franzosen noch die Italiener vor Navarra sie von den Spaniern unter Cordova bekommen haben können, dass also in Italien der Urherd der neuen Seuche zu suchen sei, und nicht in America.« — Die folgenden drei grösseren Abhandlungen, von Castelnau einige Betrachtungen über syphilitische Excoriationen im Allgemeinen und den falschen Tripper insbesondere, von Duchesne Duparc über den Gebrauch der Ätzmittel gegen Hautkrankheiten, und von Trousseau Beiträge zur Behandlung der Grindausschläge der Kinder, sind, so wie die in der II. Rubrik befindlichen Mittheilungen aus Cliniken und Hospitälern, dem ärztlichen Publicum theilweise bekannt. — Die III. Abtheilung, der Literatur gewidmet, enthält die Analysen zweier Werke, und zwar zuerst von L. A. Mercier's Untersuchungen über die Natur und die Behandlung einer häufigen und wenig bekannten Ursache der Harnverhaltung, so wie über ein neues Verfahren, die Steinfragmente nach der Steinzertrümmerung aus der Blase zu entfernen; sodann die Abhandlung M. Benique's über die Behandlung der Harnröhrenverengerungen durch schnell sich wiederholende stufenweise Dilatation. — Die IV. Abtheilung liefert zur Tendenz des Archives gehö-

rige Verhandlungen gelehrter Vereine, und zwar in drei Absätzen die der *Académie de Médecine, des Sciences* und der *Société de Chirurgie* zu Paris, sämmtlich aus den Verhandlungen im Laufe des J. 1845 entlehnt. Den Schluss macht ein bibliographischer Anzeiger. — Die beigefügte Abbildung möchten wir eben nicht als besonders gelungen bezeichnen. Der typographischen Ausstattung können wir nur lobend gedenken. — Wenn wir den Unternehmern recht guten Fortgang und vielseitige Anerkennung von Seite des ärztlichen Publicums wünschen, so hätten wir nebenbei nur Einen Wunsch zu äussern, dass es dem Herausgeber nämlich gefallen möge, in den folgenden Heften bei Abhandlungen, die nicht Originalien sind, ferner bei den Auszügen die Quelle, aus der geschöpft wurde, genau anzugeben. Bei der Vollständigkeit der vorliegenden Abhandlungen, die nicht Originale sind, ist diess weniger zu wünschen, wohl aber bei den Auszügen, die, wenn sie auch noch so vollständig sind, doch nicht immer befriedigen, besonders Jenen, der, irgend einer Specialität huldigend, im Auszuge Manches vermisst und daher gerne zum Originale greift.

Blodig.

Medicinische Bibliographie vom Jahre 1846.

Die hier angeführten Schriften sind bei Braumüller und Seidel (Sparcassegebäude) vorräthig oder können durch dieselben baldigst bezogen werden.

Grisolles (Dr.), Vorlesungen über die specielle Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten des Menschen. Deutsch unter Redaction des Dr. Fr. J. Behrend. 3. Liefer. gr. 8. (S. 385—576.) Leipzig, *Kollmann.* Geh. 1 fl. 8 kr.

Piorry (P. A.), über die Krankheiten des Darmcanals. Aus dem Franz. v. Dr. G. Krupp, 3. Lief. gr. 8. (IV und S. 385—580.) Leipzig, *Kollmann.* Geh. 1 fl. 8 kr.

Repertorium, neues, der gesammten deutschen medicinisch-chirurg. Journalistik, mit Berücksichtigung des Neuesten und Wissenswürdigsten aus der ausländischen medicinisch-chirurg. Journal-Literatur. In Verbind. mit mehreren Ärzten herausg. von Dr. Wilh. Heinr. Neumeister in Leipzig. 2. oder der ganzen Reihe 20. Jahrg. (1846) in 156 Nrn. (circa 140 Bog.) gr. 4. Leipzig, *Kollmann.* 12 fl.

— für die Pharmacie, herausg. zu München von Dr. Buchner. II. Reihe. 42. Bd. in 3 Heften. 12. (1. Hft. 144 S.) Nürnberg, *Schrag.* Geh. 2 fl. 15 kr.

Rosenberg (Carl Heinr., der Medicin und Chir. Dr.), des Leibes und der Seele vollständige Gesundheits- und Erziehungslehre. Briefe über Erziehung, Beförderung und Aufrechthaltung eines möglichst glücklichen Zustandes des Körpers und Geistes. 1. Lief. gr. 8. (96 S.) Wien, *Gerold.* Geh. 45 kr.

Schmidt (Dr. J. Christ.), Darstellung der Gestalt-Entwicklung des menschlichen Organismus. Ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte des Menschen. 8. (VIII und 104 S. nebst 1 Figurent.) Würzburg, *Voigt & Mocker.* Geh. 1 fl. 3 kr.

Schultz (Dr. Carl Heinr., ord. Prof. an der Univ. zu Berlin), die Gestaltung der Medininalreform aus den Quellen der Wissenschaft. gr. 4. ($5^1/_2$ Bog.) Berlin, *W. Besser.* Geh. 45 kr.

Sigmund (Carl Ludw., Dr. der Med. und Chir.), Gleichenberg, seine Mineralquellen und der Curort, mit Bemerkungen über den Gebrauch des versendeten Wassers. 2. Aufl. 8. (86 S.) Wien, *Tendler.* Geh. 36 kr.

Untersuchung, gerichtlich-chemische, über die von Peter Jacobs aus Marienbaum im Kreise Cleve bewirkte Arsenik-Vergiftung, geführt durch F. G. Herrenkohl, Apotheker in Cleve, und Dr. Joh. Müller, Apotheker in Emmerich etc. 8. (VII und 35 S. nebst 1 lithogr. Taf.) Cleve 1845. *Char.* Geh. 18 kr.

Walther (Dr. Ph. Fr. von, Prof. an der Univ. München etc.), über clinische Lehranstalten in städtischen Krankenhäusern. Eine Principienfrage. zugleich in näherer Beziehung auf ihre gegenseitigen Verhältnisse in München. gr. 8. (74 S.) Freiburg im Br., *Herder*'sche Verlagsb. Geh. 36 kr.

Wernher (Dr. A., Prof. der Chir. etc. an der Univ. zu Giessen), Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. 2. Heft. gr. 8. (S. 193—384.) Giessen, *Ricker*'sche B. Geh. 1 fl. 15 kr.

Zeitschrift für die gesammte Medicin, mit besonderer Rücksicht auf Hospitalpraxis u. ausländische Literatur. Herausg. von Dr. F. W. Oppenheim, 11. Jahrg. (1846) in 12 Heften. (31—33. Bd.) gr. 8. (circa 120 Bog. mit Kupf., Tabellen etc.) Hamburg, *Perthes-Besser & Mauke.* 12 fl.

Zeitung (medicinische) Russlands, redigirt und herausg. von den DD. M. Heine, R. Krebel und H. Thielmann in St. Petersburg. 3. Jahrg. (1846) in 52 Nrn. (à 1 Bog.) gr. 4. St. Petersburg. (Berlin, *Veit & Co.*) 7 fl. 30 kr.

Gedruckt bei J. P. Sollinger.